a33307301：a



給付金請求書 兼 医療照会同意書

海外用

撮

日本生命保険相互会社 行

了解事項を確認･了解のうえ、日本生命の約款規定により、以下の契約の給付金の支払いを請求します。

＊訂正の場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、訂正箇所付近に訂正署名（フルネーム）を記入ください。

請求人記入欄（自書）

請求日（記入日）	平成　年　月　日	契約番号	（　　）

請求人住所	（海外住所の場合は、アルファベット大文字活字体で国名まで記入ください。） 電話番号
支払明細書送付先	（支払明細書送付先が、上記請求人住所と同一の場合は記入不要です。） 電話番号

支払明細書送付先が請求人住所と異なる場合は理由を以下に記入ください。

請求人氏名	（フリガナ）	印鑑証明書を提出される場合はその印を押印ください	
傷病者氏名	（フリガナ）		

受取口座

※請求人ご本人の口座を指定ください。

① 日本国内の金融機関

② 海外の金融機関

①②のいずれか一方を記入ください。海外の金融機関の場合、送金の経費は請求人のご負担となります。

①日本国内で受取られる場合（日本語で記入ください。）

（フリガナ）	銀行・信用金庫・農協・信用組合・（　）	（フリガナ）	（支）店・出張所・営業部
預金種目	1．普通（総合） 2．当座	口座番号（右づめ）	
口座名義人	（フリガナ）		

②海外で受取られる場合（アルファベット大文字活字体で記入ください。）

金融機関名		支店名	
金融機関所在地・国名	国名：		
口座番号（右づめ）		口座名義人	

了解事項

①病名ががんである場合でも、傷病者への病名告知の有無にかかわらず、約款に基づく給付金の支払を請求します。
②今回の支払に伴う特約消滅および保険料払込免除による保険証券への裏書は、変更後の契約内容を記載した通知で代替するものとします。
③「お客様情報取扱説明書」を受領し、記載内容に同意のうえ、請求します。
④日本生命が事実の確認を行う場合には、関係者（医療機関関係者を含む）等に対し、日本生命（または日本生命が指定する者を含む）が保険請求に関する説明（治療・検査等に関する説明を含む）を求めることに同意します。
⑤請求人が傷病者の診断書等を日本生命（または日本生命が指定する者を含む）に提出することに同意のうえ、請求します。
⑥上記③～⑤について、傷病者と請求人が異なる場合は、傷病者も同意のうえ、請求します。
⑦傷病者への病名告知がなく傷病者と請求人が異なる場合は、以下２つの事項について同意のうえ、請求します。
・被保険者（傷病者）から日本生命に上記保険契約の保険金・給付金等の支払状況等、当該保険契約について照会がなされた場合には、本人に告知されていない傷病名（がん等）も含めて、日本生命は事実に基づいて被保険者（傷病者）に回答せざるを得ないこと。
・今回の請求に関するお支払明細書は、請求人の指定する住所に請求人あて「親展」で郵送されること。

※必要書類ならびに手続きの詳細につきましては「海外渡航のてびき」をご参照ください。

会社処理欄

確認事項・備考
・住所確認・電話確認
・運転免許証、パスポート
・健康保険証
その他、番号等を具体的に記入

支社・支部コード　取扱者受領日 平成　年　月　日 請求権者が自書されたことを確認しました。 取扱者コード・氏名 印		拠点受付	本部・支社受付	本店受付

日本生命保険相互会社
帳201201-142
ﾗｲﾌﾞﾗﾘ№：2012030003